Ueber einen Fall

von

klinisch nicht diagnosticierbaren multiplen Leberabszessen infolge von Cholelithiasis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Oswald Levinstein
approb. Arzt
aus Berlin.

MÜNCHEN, 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ueber einen Fall

von

klinisch nicht diagnosticierbaren multiplen Leberabszessen infolge von Cholelithiasis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Oswald Levinstein
approb. Arzt
aus Berlin.

ACAD. LIBRAT. BIBL.

MÜNCHEN, 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Referent: Prof. Dr. J. Ritter von Bauer.

Seinen geliebten Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552301_0194

Um ein möglichst vollkommenes Bild des Symptomenkomplexes zu geben, welchen Leberabscesse in ihren typischen Fällen hervorzurufen pflegen, will ich zuerst diejenigen Symptome anführen, die Pel in seinem Vortrag „Ueber die Diagnose der Leberabscesse“[1]) als die für die Erkennung der Krankheit bedeutungsvollsten hervorhebt. Sodann lasse ich die Aufzählung derjenigen Symptome folgen, die wir bei den einzelnen anderen auf diesem Gebiete besonders kompetenten Autoren hervorgehoben finden, auf die aber Pel nicht besonders hingewiesen hat.[2])

Schliesslich führe ich diejenigen Symptome an, welche von sämtlichen Autoren als für Leberabscess besonders charakteristisch hervorgehoben werden.

Pel äussert sich in seinem Vortrage folgendermassen:

Die Diagnose der Leberabscesse stützt sich im wesentlichen auf:

A. die objektiven Krankheitssymptome;
B. die subjektiven Krankheitssymptome;
C. die Aetiologie der Krankheit.

---

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1890.

[2]) Hierbei ist hervorzuheben, dass die von Pel angeführten Symptome in ihrer überwiegenden Mehrzahl auch bei den meisten anderen Autoren sich vorfinden.

Zu A. Von den objektiven Symptomen ist ausser einem meist chronischen, hektischen Fieber die Vergrösserung des Organs das nie fehlende Zeichen eines Abscesses, der überhaupt bei Lebzeiten zu erkennen ist.

Die Volumzunahme charakterisiert sich:[1])

α) durch die Vergrösserung des rechten Leberlappens nach oben,

β) durch die mehr oder weniger convexe Begrenzung der nach oben dislozierten Lungenlebergrenze,

γ) durch die aufgehobene bezw. beschränkte Beweglichkeit der Lungenlebergrenze, sowohl beim Atmen, als auch beim Einnehmen der linken Seitenlage.

Ausserdem sind wichtige objektive Symptome:

Die gleichmässige Ausdehnung des rechten Hypochondriums und der Lebergegend;

kleiner, weicher, frequenter Puls;

anämische Geräusche am Herzen;

Dilatation desselben;

leicht ödematös angeschwollene Füsse.

Zu B. Von den subjektiven Symptomen sind die Schmerzen in der Lebergegend mit Irradiation nach rückwärts

[1]) Die folgenden Unterabteilungen stammen von Frerichs.

und der rechten Schultergegend, die psychische Depression des Kranken, die Anorexie und Abmagerung in erster Reihe zu nennen.

Von grosser Bedeutung sind ferner: Mehr oder weniger heftige Dyspnoe, hartnäckiger Husten mit oder ohne Auswurf („Tussis hepatica").

Zu C. Von den ätiologischen Momenten sind von Bedeutung: Tropische Dysenterie, Aufenthalt in den Tropen, Gallensteine, Entzündung im Venaportagebiet, Echinokokkus-Cysten, Traumata u. s. w.

Ausser den erwähnten Symptomen finden sich nun bei anderen Autoren folgende aufgeführt:

Hoppe-Seiler[1]) erwähnt Störungen im Verdauungstractus; belegte Zunge; häufiges Erbrechen.

Brandt[2]): Sekundäre Pleuritis der rechten Seite.

Sachs[3]): „Die Haut zeigt ein ganz eigentümliches blassgelbliches Kolorit, die „pâleur ictérique" des Dutrouleau; es ist dies ein fahlgelblicher Teint, der vielleicht die Mitte hält zwischen dem eines Ikterischen und der kachektischen Hautfärbung eines in vorgerückteren Stadien befindlichen Krebskranken."

---

[1]) Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Wien 1899. Artikel: Leberabscess.

[2]) „Zur Pathologie und Therapie der Leberabscesse." Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. II. Jahrg. 1890.

[3]) „Ueber die Hepatitis der heissen Länder". Archiv für klin. Chirurgie, IX. Band. 1875.

„Die Sklera ist sehr blass und von einem so eigentümlich mattem Glanze, dass allen denjenigen, welche darauf aufmerksam gemacht wurden, sofort das Charakteristische daran auffiel."

Auf das Vorhandensein folgender Symptome finden wir bei sämtlichen Autoren grossen Wert gelegt.

Häufig sich wiederholende Schüttelfröste, grosse Druckempfindlichkeit der Leber in toto, sowie auch besonders einzelner Partieen derselben. Fluktuation in der Leber.

Auf das Vorhandensein oder Fehlen eines Milztumors bei Leberabscess finde ich von keinem Autor grossen diagnostischen Wert gelegt.

Setzen wir nun den Fall, ein Kranker zeigte sämtliche von den Autoren als bedeutungsvoll bezeichneten Symptome, so würde ein solcher Leberabscesskranker folgendes Symptomenbild darbieten:

Subjektive Beschwerden:

Schweres allgemeines Krankheitsgefühl.

Gestörter Schlaf.

Häufiges Erbrechen schleimiger und galliger Massen.

Heftige Schmerzen in der Lebergegend, die sich bei Druck auf dieselbe noch steigern und die in die rechte Schulter ausstrahlen.

Quälende Dyspnoe.

Andauernder Husten.

Objektiver Befund:

Ausgesprochene Kachexie, Macies.

Haut zeigt die Dutrouleau'sche „pâleur ictérique".

Sklera sehr blass, von eigentümlich mattem Glanze.

Rechtes Hypochondrium deutlich gleichmässig ausgedehnt.

Respirationsorgane:

Auf der rechten Lunge typische Zeichen einer Pleuritis.

Die Lungenlebergrenze ist nach oben dislociert.

Die perkutorische Lungenlebergrenze stellt — bei fehlender Pleuritis — eine nach oben deutlich convexe Linie dar.

Beim Atmen zeigt sich die Beweglichkeit der Lungenlebergrenze herabgesetzt.[1])

Zirkulationsorgane:

Kleiner, weicher, unregelmässiger, frequenter Puls.

Anämische Geräusche am Herzen; Dilatation desselben.

Digestionsorgane:

Zunge belegt.

Lebergegend deutlich vorgewölbt. Leber stark vergrössert.

Fluktuation in derselben nachweisbar.

Sie ist in toto druckempfindlich, einzelne Partien derselben aber auf Druck besonders schmerzhaft.

Andauerndes remittierendes Fieber (Eiterfieber!). Häufig sich wiederholende Schüttelfröste.

[1]) Der Nachweis dieses Symptoms ist natürlich auch nur bei fehlender Pleuritis exsudativa möglich.

Nun ist es immer eine grosse Seltenheit, wenn ein Kranker sämtliche der betreffenden Krankheit eigentümliche Symptome darbietet, und der geübte Kliniker wird sich meist durch das Fehlen dieses oder jenes mehr oder weniger charakteristischen Symptomes in seiner Diagnose nicht beirren lassen. Anders verhält es sich jedoch, wenn er recht wichtige Symptome vermisst, ja wenn gar die Hauptsymptome fehlen. In diesem Falle wird er höchstens per exclusionem zu einer Diagnose gelangen, oder er wird sogar nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen können.

Es gibt nun wohl kaum eine Krankheit, bei der die Symptome so schwankend sind, als beim Leberabscess, kaum eine Krankheit, bei der wir so oft nach wichtigen Symptomen vergeblich suchen. Ja, wir finden bei den meisten Autoren die Bemerkung, dass nicht selten kein einziges Symptom vorhanden ist, das einen Leberabscess auch nur vermuten lässt. Und so sehen wir sie auch in Bezug auf die Diagnose die grösste Reserve bewahren:

Pel, der zwar der Ansicht ist, die meisten Leberabscesse böten der klinischen Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten, sagt doch ausdrücklich: „Es gibt Fälle, die sich gänzlich der Diagnose entziehen."

Naunym hebt hervor, die Diagnose des Leberabscesses habe für gewöhnlich sehr grosse Schwierigkeiten.

Leube: „Der Leberabscess ist in manchen Fällen gar nicht, in einem Teil der Fälle mit Wahr-

scheinlichkeit, in einem anderen mit Sicherheit zu diagnostizieren; der letztere Fall ist übrigens keineswegs häufig."

Frerichs: „Es gibt Fälle, in denen die Diagnose erst auf dem Obduktionstisch gestellt werden kann."

Thierfelder: „Die Fälle sind nicht selten, in denen es während des Lebens unmöglich ist, die Krankheit zu erkennen."

Ewald: „Es gibt Fälle von Leberabscess, die ganz und gar latent verlaufen."

Bamberger: „Es kommen, wenn auch selten, Fälle vor, in denen Leberabscesse lange Zeit bestehen können, ohne irgend ein bemerkbares Symptom hervorzurufen."

Budd bezeichnet die Diagnose als überaus schwierig.

Dudly: „Nicht selten ist die Stellung der Diagnose unmöglich."

Rouis[1]): „Die Diagnose des Leberabscesses kann kaum anders, als auf dem Wege der Exclusion gestellt werden."

Dagegen sagt Sachs: „Die Diagnose des Leberabscesses stösst selten auf grössere Schwierigkeiten."

Sachs behauptet sogar, dass der erfahrene

[1]) Rouis sagt wörtlich: „L'existence des abscès du foie se traduit rarement par des signes pathognomiques; on n'arrive guère à la constater que par voie d'exclusion, c'est-à-dire en recherchant, si les symptômes qu 'on observe ne se rapportent pas à aucune lésion du viscère ou celle d'un organ voisin." Recherches sur les suppurations endémiques du foie. Paris 1860. S. 167.

Praktiker am Krankenbette sehr oft den Leberabscess mit derselben Leichtigkeit — und zwar schon ex adspectu! — erkennen könne, mit der von ihm eine Pneumonie ohne die Anwendung der Percussion und Auscultation diagnostiziert werden kann.

Bei der Besprechung der Diagnose weisen fast alle Autoren darauf hin, dass es Leberabscesse giebt, die kein einziges charakteristisches Symptom hervorrufen. Zur Begründung dieser Behauptung sehen wir sie dann zum grössten Teil auf Fälle, die in der Literatur als „symptomlos verlaufen" beschrieben sind, hinweisen.

Wie steht es aber mit diesen Fällen? War hier wirklich der Verlauf des Leberabscesses ein absolut latenter? Sehen wir uns die in der Literatur beschriebenen Fälle daraufhin an!

Ich führe zuerst zwei Fälle von Frerichs an, die sich in seiner „Klinik der Leberkrankheiten" finden und auf die sich u. a. A. Schmidt[1]) und Rajgrodski[2]) berufen.

Frerichs schreibt wörtlich: „Zu meiner Beobachtung kamen zwei Fälle von grossen Leberabscessen, welche während des Lebens durch kein lokales Symptom sich verraten hatten. Der eine betraf einen 34 jährigen Mann, welcher an chronischer Nephritis und pleuritischem Exsudat der linken Seite behandelt wurde. Neben den Veränderungen der Niere und des Brustfelles fand

[1]) Schmidt. „Ueber Leberabscesse". Dissertation. Bonn 1890.

[2]) Rajgrodski. „Zur Kasuistik des Leberabscesses". Dissertation. Jena 1879.

sich im rechten Lappen der nicht wesentlich vergrösserten Leber ein Abscess mit fester Bindegewebskapsel von $5^1/_4$ Zoll im Durchmesser, daneben noch ein kleiner haselnussgrosser im lobus Spigelii. Ausserdem lag in den Bauchmuskeln der regio iliaca sin. ein walnussgrosser Eiterherd. Ueber die Aetiologie liess sich nichts eruieren."

„Der zweite Fall kam bei einem älteren Mann vor, welcher nur kurze Zeit im Hospital verpflegt war und früher ein vagabundierendes Leben geführt hatte. Er wollte an Wechselfieber gelitten haben und kam in erschöpftem Zustande mit Oedem der Füsse, Ascites, bleicher, wachsartiger Körperhautfarbe und anderen Zeichen der Kachexie. Milz und Leber wurden genau untersucht, ohne dass eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit gefunden wäre. Die Digestion lag ganz darnieder, Erbrechen grauen, zuweilen auch gelblichen Schleimes, träger Stuhl von normaler Farbe. Bei der Obduktion wurde ausser chronischem Magenkatarrh, Lungenemphysem und weit verbreiteter Gefäss-Atheromatose gegen den stumpfen Rand des rechten Leberlappens eine gänseeigrosse mit grünlich-gelbem Eiter gefüllte Höhle gefunden, deren glatte, feste Wand für ein längeres Bestehen sprach."

Frerichs führt noch einen Fall von Andral an:

Ein junger Mann wurde nach einer angestrengten Reise zu Pferd von einem Fieber befallen, für welches eine lokale Ursache sich nicht auffinden liess. Am vierten Tage stellten sich Frostanfälle ein und heftige Cephalä, die Zunge

wurde weiss, die Esslust schwand bei hartnäckiger Obstipation vollständig. Am zwölften Tage fing der Kranke an, irre zu reden und starb am siebzehnten. Während des ganzen Verlaufes der Krankheit war das Epigastrium und rechte Hypochondrium weich und schmerzlos. Kein Erbrechen, kein Ikterus. Vergeblich hatte man die verschiedenen Organe durchmustert, um ein lokales Leiden zu entdecken. Bei der Obduktion fand man alle Organe frei von wesentlichen Läsionen, auch die Leber erschien normal, bis zufällig durch einen Skalpellstich ein Abscess von der Grösse einer Orange blossgelegt wurde, welcher mit weissgelbem, geruchlosem Eiter gefüllt und von roter, weicher Lebersubstanz begrenzt war.

Budd führt zwei Fälle an, welche sich der klinischen Diagnose vollständig entzogen haben sollten.[1]) Da jedoch beide Fälle ausgesprochenes Eiterfieber, also eins der Kardinalsymptome des Leberabscesses, zeigten, so können wir von einem „symptomlosen Verlaufe" dieser beiden Fälle nicht reden; ich kann mithin auf ihre wörtliche Wiedergabe verzichten.

Der Herausgeber des Budd'schen Werkes, E. H. Henoch, führt noch zwei Fälle von „symptomlosem Verlaufe" von Leberabscess an; diese beiden Fälle sind jedoch so wenig ausführlich beschrieben — es fehlt u. a. auch jede Angabe über Puls und Temperatur —, dass eine genaue Wiedergabe an dieser Stelle überflüssig erscheint.

[1]) Auf diese beiden Fälle beruft sich Dudly: „Ueber Leberabscess". Dissertation. Zürich 1875.

Roth[1]) führt einen Fall von Stumpf an, wo eine Frau am fünften Tage ihres Puerperiums Ikterus bekommt, am zehnten Tage plötzlich stirbt. Die Sektion ergab einen Stein in der Gallenblase und einen apfelgrossen Abscess im rechten Leberlappen. Da das Wochenbett ohne Fieber verlief, so sei anzunehmen, dass der Abscess schon vor der Entbindung bestanden habe, ohne nach aussen hin greifbare Symptome zu erzeugen.

Friedmann[2]) weist auf zwei von A. Fränkel[3]) beschriebene Fälle hin. Jedoch können auch diese keineswegs als symptomlose Fälle von Leberabscess angesehen werden, denn bei dem ersten finden wir häufig sich wiederholende Schüttelfröste, bei dem zweiten ein ausgesprochen remittierendes Fieber, also zwei Kardinalsymptome des Leberabscesses!

Weitere Fälle von symptomlosem Verlauf von Leberabscessen habe ich in der Literatur nicht beschrieben gefunden. Hiernach hat es entschieden den Anschein, dass, wenn auch fast ausnahmslos alle Autoren darauf hinweisen, dass es Fälle von gänzlich latentem Verlauf von Leberabscess gibt, diese doch zu den grossen Seltenheiten gehören. Die in der Literatur beschriebenen Fälle sind spärlich, und selbst von diesen wenigen können wir, wie wir gesehen haben, nur den kleineren Teil gelten lassen. Da-

[1]) Roth: „Zwei Fälle von Leberabscess". Dissertation. Leipzig 1900.

[2]) Friedmann: „Ueber Leberabscess". Dissertation. Leipzig 1900.

[3]) Deutsche medizinische Wochenschrift No. 48. 26. XI. 91.

bei ist noch hervorzuheben, dass es sich bei den in der Literatur als symptomlos beschriebenen Fällen fast stets um tiefliegende, mit dicker Abscessmembran versehene Leberabscesse handelte.

Mit Rücksicht hierauf halte ich es für keine müssige Arbeit, einen Fall von multiplen Leberabscessen infolge von Cholelithiasis mitzuteilen, der, trotz seiner oberflächlichen Lage, durch das Fehlen fast sämtlicher subjektiver und objektiver Symptome die Diagnose „Leberabscess" nicht nur unmöglich machte, sondern auch nicht die entfernteste Vermutung, es könne sich um diese Krankheit handeln, aufkommen liess.

Marie M., Kinderfrau 64 Jahre.

Patientin trat am 8. Januar 1902 ins Krankenhaus ein, verliess dasselbe als „gebessert" am 15. März, liess sich aber am 25. September 1902 wegen abermaliger Erkrankung wieder aufnehmen und verblieb in der Anstalt bis zu ihrem am 7. November 1902 erfolgten Tode.

Erste Krankengeschichte.

(Journal-Nr. 246. Jahrgang 1902.)

Anamnese:

Patientin wurde von der Chirurgischen Klinik zugelegt; sie klagt seit 3. Januar 1902 über Magenbeschwerden, Erbrechen, heftigem Kopfschmerz, gleichzeitig Erbrechen von Galle. Seit etwa drei Tagen bemerkt sie etwas zunehmende

Gelbsucht; angeblich tue ihr schon seit drei Jahren der Magen zeitweise weh, und seit etwa einem Jahre muss sie manchmal nach dem Genuss fester Speisen erbrechen, meist Schleim und Galle; Blut sei niemals dabei gewesen. Besondere Unterleibsbeschwerden seien nicht vorhanden. Angeblich in den letzten Monaten etwas Körpergewichtsabnahme. Appetit gering; Stuhlgang sistiert seit einiger Zeit. Urinieren ohne Schmerzen; keine Nachtschweisse.

Patientin hat vor drei Jahren am rechten Fusse eine Operation durchgemacht; vor mehreren Jahren Lungenentzündung.

Menses mit 40 Jahren verloren, früher regelmässig.

Heredität: Vater unbekannt, Mutter an Herzwassersucht gestorben.

Potus: Früher 1—2 Liter pro die.

Infektion: Negiert.

Partus: 0.

Objektiver Befund:

Mittlerer Körperbau; reduzierter Ernährungszustand. Haut gelblich verfärbt, welkig, faltig. Schleimhäute etwas anämisch. Zunge feucht, gering belegt. Hals-, Cubital-, Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Beiderseits Struma. Vereinzelt über dem ganzen Oberkörper Angiome. Am letzten Drittel der Unterschenkel und unter den Metatarfalien Haut rot-bläulich verfärbt. Knöchelgelenke geschwellt. Geringe Schwerhörigkeit; Foetor ex ore.

Respirationsorgane: Thorax: Lun-

genlebergrenze vorn und hinten an normaler Stelle; wenig verschieblich.

Schall sonor.

Atmung vesikulär.

Ueber dem rechten und linken Unterlappen feinblasige Geräusche.

Cirkulationsorgane: Arterien sklerotisch mit deutlich fühlbaren Einlagerungen.

Puls: frequent, arythmisch, mittelvoll.

Spitzenstoss: V. Intercostalraum, in der Mamillarlinie, hebend.

An der Mitralis systolisches Geräusch; zweiter Pulmonalton verstärkt. Aktion beschleunigt, arhytmisch.

Digestionsorgane: Leber anscheinend vergrössert. Drei Querfinger breit, rechts vom Nabel in Nabelhöhle fühlt man bei der Exspiration einen deutlichen, etwa halb gänseeigrossen, wenig schmerzhaften Tumor.

Kein peritonitisches Reiben; keine Plätschergeräusche.

Milz nicht vergrössert. Appendix frei.

Nervensystem: Pupillen- und Patellarreflexe erhalten.

Körpergewicht: 8. Januar 42 kg, 6. Februar 44,5 kg.

Urin: Normal Menge. Reaktion: sauer. Kein Eiweiss. Kein Zucker.

Gmelin'sche Probe negativ.

Stuhl: in Ordnung.

Sputum: Keine Tuberkelbazillen.

Am 11. Januar wurde der Magen der Patientin mit Luft aufgebläht: Die kleine Kurvatur reicht bis unterhalb des Nabels, die grosse Kurvatur bis über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Sanduhrform mit Sicherheit nicht erkennbar, auch keine typische Vertikalstellung. Die Einführung der Sonde geschieht anstandslos und ohne Schmerzen. Die Aufblähung des Magens selbst ist nicht schmerzhaft.

Am 14. Januar Probefrühstück: Nach 65 Minuten vollständig verdaut. Nach wiederholter Reizung der Magenschleimhaut erhält man etwas wässerige, leicht gallig gefärbte Massen von stark saurer Reaktion; freie Salzsäure vorhanden. Mikroskopisch finden sich: Spärliche Hefezellen, Stärkekörner, keine Bakterien, auch keine langen Pilzfäden.

Am 11. Februar war der Ikterus fast verschwunden; am 23. trat er wieder schwach auf, um dann allmählich wieder abzuklingen.

Diagnose: Cholangitis; Cholelithiasis.

Dat.	Temp.	Puls	Dat.	Temp.	Puls	Dat.	Temp.	Puls
Jan. 8	36,2	92	Jan. 30	36,0	74		36,0	96
	36,1			36,5		Febr. 21	36,0	98
9	36,2	100	31	37,0	78		36,7	
	36,5			36,0		22	37,3	84
10	36,6	92	Febr. 1	36,4	84		36,0	
	36,2			36,8		23	36,0	76
11	37,0	96	2	36,8	80		38.9	90
	36,0			36,8		24	36,2	96
12	36,7	96	3	37,5	74		36,5	
	36,0			36,8		25	36,9	80
13	36,5	104	4	36,3	92		36,7	
	36,7			37,1		26	37,1	92
14	36,9	104	5	36,0	84		36.9	
	36,0			37,1		27	36.1	92
15	36,3	104	6	37,8	114		37,2	
	36,4			36,8	80	28	36,7	90
16	36,2	88	7	36,3	72		36,3	
	36,4			38,1		März 1	36,0	92
	36,0		8	36,0	100		37,2	
17	36,3	88		37,0		2	36,2	92
	39,0	134	9	37,1	92		37,3	
	38,4			37,2		3	36,0	84
18	37,0	80	10	36.8	60		36,7	
	36,5	70		37,5		4	36,2	96
19	36,2	80	11	36,2	100		39.2	
	36,4			36.8		5	36,0	72
20	36,1	88	12	36,0	84		36,7	
	37,0			36,8		6	36,0	104
21	36.0	100	13	36.0	88		37.0	
	37,0			36,6		7	36,0	88
22	36,3	80	14	36,6	80		36,8	
	36,3			38.6	108	8	36,2	88
23	36,2	88	15	36,0	94		36,4	
	36,2			37.3		9	36,3	100
24	36,0	94	16	36,2	82		36,6	
	36,7			36,9		10	36,2	92
25	36,2	86	17	36,0	80		36.8	
	36,3			36,3		11	36,0	88
26	36,0	68	18	36.0	88		36,6	
	37,0			37,0		12	36.0	94
27	36,2	78	19	36,7	80		36,7	
	36,3			37,3			36,0	
28	36.4	82		36,1		13	38,5	102
	37,0		20	38,1	96		38.0	
29	36,5	100		38.8	140	14	36,8	84
	37,2			37,5			36.4	

Zweite Krankengeschichte.
(Journal-Nr. 7493. Jahrgang 1902.)

Anamnese: Patientin giebt an, dass sie schon seit einem Monat an starkem Husten und Stechen in der rechten Brustseite leide. Irgend eine Ursache dazu weiss sie nicht.

Ausserdem leidet sie schon mehrere Jahre an Geschwüren an beiden Füssen. Im Frühjahr des Jahres war sie schon im Krankenhause wegen der Gelbsucht und Magenschmerzen; damals waren auch die Geschwüre mit Erfolg behandelt worden, aber nach einiger Zeit kamen sie wieder zum Vorschein. Sonst will sie immer gesund gewesen sein.

Objektiver Befund:

Stark abgemagerte Person von mittelkräftigem Körperbau. Muskulatur sehr schlaff. Haut- und Schleimhäute etwas ikterisch gefärbt. In den Axillarhöhlen zwei kleine Drüsen; sonst keine Drüsenschwellung. Am rechten Fuss im Bereich des IV. os metatarsale ein zirka zehnpfennigstückgrosses Geschwür, mit eitrigem Belag bedeckt.

Respirationsorgane: Thorax schmal, lang. Lungengrenzen verschieblich.

Lungen: R. h. o. Schall etwas abgeschwächt gegen links; im übrigen heller Schall.

Die Atmung über den ganzen Lungen leise, namentlich l. h. u. abgeschwächt. R. h. u. feinblasige Rasselgeräusche. Mässiger Husten; schleimig-eitriger Auswurf.

Cirkulationsorgane: Herz: rechts bis zum linken Sternalrand reichend. Spitzenstoss etwas ausserhalb der Mamillarlinie. II. Ton über der Mitralis kratzend, II. Pulmonalton verstärkt.

Puls: ziemlich klein, etwas beschleunigt, leicht unregelmässig.

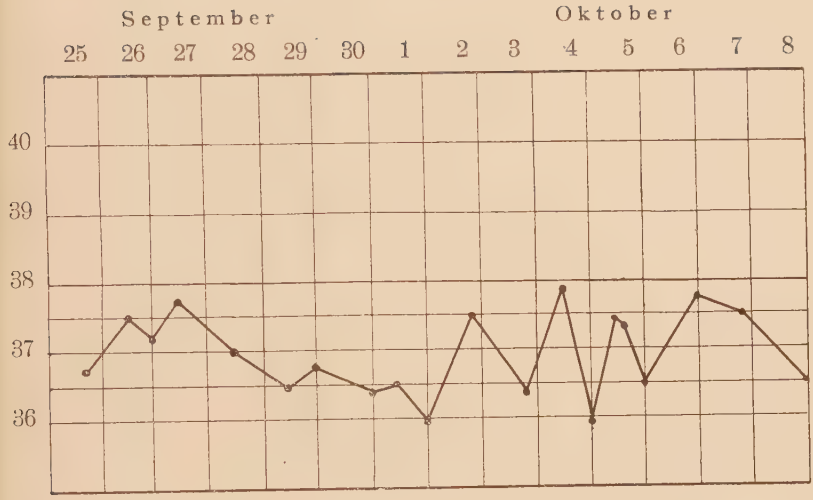
Digestionsorgane: Leber sehr hart, etwas vergrössert. Kein Tumor zu fühlen.

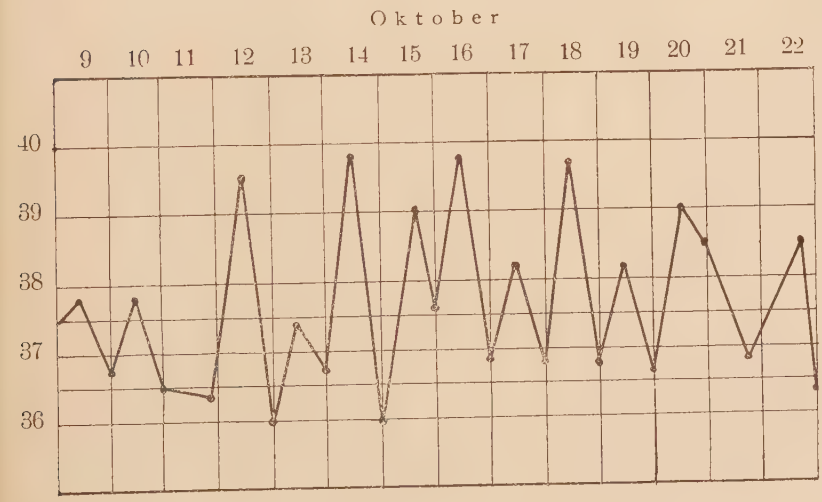
Milz nachweisbar nicht vergrössert. Im übrigen Abdomen nicht druckempfindlich.

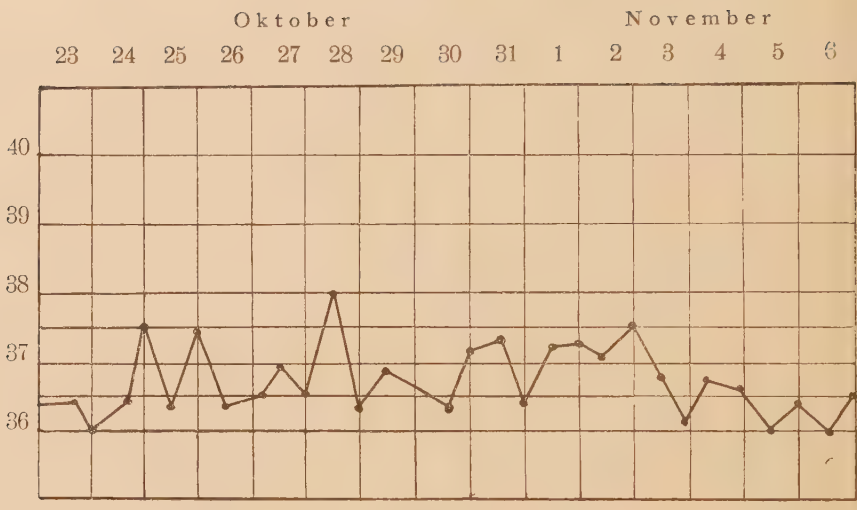
Nervensystem: Pupillen reagieren etwas träge. Patellarreflexe erhalten. Schlaf gestört.

Appetit gut. Stuhl angehalten.

Dat.	Temp.	Puls	Dat.	Temp.	Puls	Dat.	Temp.	Puls
Sept. 25	37,1 36,8		Okt. 10	37,8 37,0	100	Okt. 23	36,1 36,0	84
26	37,5 37,1	112	11	36,4 36,9	84	24	36,1	
27	37,6 37,4	112	12	39,5 38,7	100	25	37,0 36,2	108
28	37,0 37,2	108		37,4 36,0		26	37,3 36,1	
29	36,9 36,5	96	13	37,4 36,7	100	27	36,2 36,8	96
30	36,8 36,6	96	14	39,7 38,0	106 108	28	38,0 36,1	
Okt. 1	36,4 36,6	96		36,7 36,0	112 104	29	36,8 36,7	
2	36,0 36,9	110	15	39,0 37,6	108 104	30	36,4 37,0	96
3	37,3 36,4	108	16	39,7 38,0	106 104	31	37,3 36,2	96
4	37,4 37,7	110	17	36,8 38,1	106 106	Nov. 1	37,2 37,4	96
5	36,0 37,4	108	18	36,8 39,7	104 106	2	37,0 37,5	120
6	36,3 37,3	108	19	36,8 38,1	104 106	3	36,7 36,0	100
7	37,7 37,8	92		36,8 36,9	104 106	4	36,6 36,5	
8	37,7 37,0	96	20	36,4 39,0	104 100	5	36,0 36,2	100
9	36,6 37,7	96	21	38,3 37,3		6	36,0 36,5	
	36,7		22	38,6 36,1				


September
Oktober
25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8
40
39
38
37
36


Oktober
9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
40
39
38
37
36



Am 27. September enthielt der Urin Spuren von Eiweiss, das aber am 29. September endgültig verschwindet.

27. September:

Indican +
Urobilin +
Gmelin —

Urinmenge normal. Spezif. Gewicht dgl. Reaktion sauer.

Medikation: Inf. rad. Ipecacuanhae c. Morphium. Mixtura Stokes. Brustwickel.

28. September: Husten und Seitenstechen bedeutend nachgelassen.

29. September: Ein ikterischer Stuhl.

3. Oktober: Husten bedeutend geringer. Seitenstechen verschwunden.

4. Oktober u. folg.: Geräusch an der Mitralis ziemlich leise; Aktion leicht unregelmässig.

11. Oktober: Befinden subjektiv gut. Ikterus fast abgeblasst. Harn ohne Bilirubin. Mässiger Husten, schleimig-eitriger Auswurf mit reichlichen Herzfehlerzellen.

15. Oktober: Wenig Aenderung. Subjektiv: Leichtes Stechen R. h. u.

19. Oktober: R. h. u. auch geringes Exsudat vorhanden; Atmung und Stimmfremitus aufgehoben. Oberhalb der Dämpfung leichtes Bronchialatmen.

23. Oktober: Exsudat verschwindet; beiderseits h. u. leichte feinblasige Rasselgeräusche.

27. Oktober: Vermehrter Husten. L. h. u. befindet sich eine geringe Dämpfung. Reichlicher Auswurf. Patientin klagt über heftiges Stechen in der linken Seite. Medikation: Morphium.

30. Oktober: Ueber der ganzen Lunge feinblasige Rasselgeräusche. Starker Husten und Auswurf.

1. November: Ueber dem ganzen Herzen, namentlich an der Spitze lautes perikardiales Schaben; leichte Schmerzen daselbst. Herzgrenzen nicht verbreitert. Nachts starker Husten. H. u. beiderseits Atmung mit lauten trockenen Rasselgeräuschen. Stimmfremitus abgeschwächt. Ueber der linken Spitze ebenfalls laute, knarrende Rhonchi. Rechts unterhalb des Angulus Skapulae leises B. A. Viel Husten; Auswurf dünnflüssig, schleimig-eitrig.

6. November: Ziemliche Schwäche, Arhytmie des Pulses. Das schabende perikardiale Geräusch

in unveränderter Stärke. Husten mit dünnschleimig-eitrigem Auswurf etwas nachgelassen. Lungenbefund wenig verändert. Das Abdomen ist gespannt, aufgetrieben, nirgends besonders druckempfindlich. Die Leber ist nicht abzutasten infolge der Spannung des Leibes. Ueber dem ganzen Abdomen heller, tympanitischer Schall.

Patientin klagt über Stechen in der Herzgegend.

7. November. $10^1/_4$ Vorm. Tod.

Sektion:

8. November $9^1/_2$ Vorm. Prof. Dr. von Bollinger.

Klinische Diagnose:

Cholelithiasis. Pericarditis sicca.

Anatomische Diagnose:

Multiple Leberabscesse ausgehend von einer Cholecystitis calculosa, Perforation in das umgebende Leberparenchym. Serofibrinöse Pleuritis links. Akute, hämorrhagische, fibrinöse Perikarditis. Alte Adhäsiv-Pleuritis der Lungenspitzen. Herdförmige Spitzen-Tuberkulose. Beiderseits Schrumpfung der Niere. Leichte Struma. Hochgradige Anämie und Abmagerung.

Protokoll:

Körperlänge: 154 cm. Körpergewicht: $44^1/_2$ kg.

Hochgradige Abmagerung; Haut blass, leicht ikterisch über Rumpf und oberen Extremitäten. Fettpolster sehr schwach, Muskulatur atrophisch. Totenstarre mässig. Pupillen weit. Sklerae schwach ikterisch verfärbt. Kiefer zahnlos, atrophisch. Vordere Halsgegend leicht geschwollen durch eine Struma beider Lappen.

Thorax: breit und tief. Mammae kaum angedeutet. Bauchdecken schmutzig-grün. Untere Extremitäten zeigen leichten Grad von Anasarka. Muskulatur über Thorax blass, schwach. In der Bauchhöhle geringe Menge leicht getrübter, mit Fibrinflocken gemischter Flüssigkeit.

Zwerchfellstand: rechts unterer Rand der IV. Rippe. Aus subphrenischem Raum dringt dünnflüssiger Eiter. Zwerchfellstand links: VI. Rippe. Leber ragt handbreit vor. Der Magen ist nach links und abwärts verlagert. Rippenknorpel mässig verkaltet.

Herzbeutel handtellergross vorliegend.

Im linken Pleurasack ziemliche Menge seröser Flüssigkeit und gelblich-grüne Fibrinmassen. Im rechten Pleurasack geringe Menge seröser Flüssigkeit, rechte Lunge hinten oberhalb des Zwerchfells verwachsen.

Im Herzbeutel etwa $^1/_4$ l schmutzig-braunroter mit Blut vermischter Flüssigkeit. Die Herzblätter mit zottigen Fibrinmassen bedeckt.

Linke Lunge wiegt 580 g. Sie ist mit reichlichen eitrig-fibrinösen Massen bedeckt; an der Spitze ältere schwielige Auflagerungen.

Oberlappen: weich, blutarm, saftreich. Luftgehalt vorhanden. An der Spitze schwärzliche Stelle von Kirschkerngrösse. Unterlappen mit reichlichem Saftgehalt. Blut- und Luftgehalt mässig. In den grossen Bronchien eitriger Schleim; Schleimhaut gerötet.

Rechte Lunge wiegt 450 g. Voluminöser; Pleura durchsichtig, nur an Spitze und Unterlap-

pen Auflagerungen. An der Spitze schwieliger, schieflicher Herd wie links.

Oberlappen: blutarm, saftreich, lufthaltig. Unterlappen: ebenso. In den Bronchien Schleimhaut gerötet.

Herz: Epikard getrübt; zottige Auflagerungen von einigen mm Länge. Aortenklappen schlussfähig. Rechter Ventrikel eng, kräftig, Wanderungen dick, Klappen normal.

Rechter Vorhof ziemlich weit; lockeres Gerinnsel.

Linker Ventrikel eng; Klappen etwas verdickt, trüb.

Höhe des rechten Ventrikels 7 cm, Höhe des linken Ventrikels 7,8 cm, Dicke des rechten Ventrikels 0,8 cm, Dicke des linken Ventrikels 1,2 cm, Aortenumfang 8,7 cm, Pulmonalumfang 7,5 cm.

Abdomen: Leber gross, Kapsel durchsichtig, an einzelnen Stellen etwas getrübt; deutliche Schnürfurche.

Am oberen Rande des rechten Lappens dicht unter dem Zwerchfell eine offenbar frisch durchgebrochene Höhle mit grünlichem Eiter. Lebergewebe blass, bräunlich.

In den unteren Partien des rechten Lappens ebenfalls eine Abscesshöhle mit grünlichem Eiter und noch mehrere kleine Abscesse. Im rechten Abscess beim Einschneiden ein weiterer Abscess von Orangegrösse, gefüllt mit zähflüssigem, grünlichem Eiter.

Linker Lappen völlig frei. Gewebe blass, ziemlich verfärbt, ikterisch; Consistenz etwas vermehrt.

Im Magen viel feste und flüssige Nahrung. Schleimhaut blass. Magen erweitert. Pylorusgegend pigmentiert. Die Wand des Duodenums mit Gallenblase und Leber fest verwachsen; bei Druck auf die wenig gefüllte Gallenblase keine Inhaltsentleerung. In der Nähe der Mündung des Ductus cysticus ein Gallenstein vom Umfang einer Kirsche, fest eingebettet. Die mehrfachen Ausbuchtungen der Gallenblase kommunizieren mit den Abscessen der Leber. In diesen Ausbuchtungen eine grössere Zahl Gallensteine; ein grösserer Stein infolge der innigen Verwachsung mit dem Kopf des Pankreas, in denselben eingelagert. Wurmfortsatz frei. Im Dünndarm zähflüssiger Inhalt, weisslichgelblich, ebenso im Dickdarm. Schleimhaut gerötet.

Milz: Leicht vergrössert; Kapsel verdickt, milchig getrübt; Gewebe derb, blutarm. Gerüst deutlich. Gewicht 190 g.

Nieren: Gewicht beider zusammen 215 g.

Rechte Niere von geringem Umfang. Kapsel adhärent. Oberfläche leicht granuliert; Parenchym blass. Rindensubstanz verschmälert: $2^1/_2$ bis 3 mm.

Linke Niere schneidet sich derb. Kapsel weniger adhärent; Farbe blass-bräunlich. Blutgehalt gering. Rinde verschmälert, doch weniger wie rechts.

Ovarien und Uterus atrophisch.

Epikrise:

Bevor wir an die Beantwortung der Frage herantreten: War dieser Fall von multiplen Leberabscessen klinisch zu diagnostizieren oder nicht? wollen wir uns die Aetiologie, sowie den Verlauf desselben, so wie sie sich aus den Krankengeschichten bei genauer Beachtung des uns bei der Sektion gebotenen anatomischen Bildes ergeben, klar machen.

Es handelt sich bei unserer Patientin um einen der beim weiblichen Geschlechte so ungeheuer häufigen Fälle von Gallensteinkrankheit.[1]) Da der Abfluss der Galle aus der Gallenblase infolge Verlegung des Ductus cysticus durch einen Stein[2]) offenbar längere Zeit verhindert war, kam es zur Stagnation derselben in der Gallenblase. Im Anschluss an diese kam es sodann zur Infektion der Galle[3]), hauptsächlich wohl durch das aus dem Darm eingewanderte pathogene bacterium coli cummune.[4]) Die dauernde Reizung der Gallenblasenwandung durch die infizierte Galle hatte schliesslich eine Entzündung derselben zur Folge:

[1]) Nach einer Statistik voh Schröder haben von Frauen von über 60 Jahren nicht weniger als 25 % Gallensteine. Nach demselben Autor haben von sämtlichen Frauen, deren Leber eine Schnürfurche aufweist — eine solche zeigte unsere Patientin auch — über 50 % Gallensteine!

[2]) Vgl. den Sektionsbericht!

[3]) Nach Naunyn ist eine Stagnation der Galle die notwendige Voraussetzung für eine Infektion derselben.

[4]) Ausser dieser hat man in stagnierender Galle häufig auch Staphylo- und Streptokokken gefunden. cf. Naunyn, Klinik der Cholethiasis.

es kam zur Cholecystitis.[1]) Im Anschluss an diese entwickelte sich, wie es so häufig zu geschehen pflegt, ein Empyem der Gallenblase.[2])

Dieses hatte nun seinerseits zur Folge:

1. Eine circumscripte Peritonitis in der Lebergegend und mithin eine entzündliche Verklebung der Gallenblase mit der Unterfläche der Leber und mit anderen Nachbarorganen (Duodenum, Pankreas).
2. Durch Infektion der Leber auf metastatischem Wege die Bildung der Leberabscesse.

Von einem dieser Abscesse aus, und zwar von einem oberflächlich gelegenen, kam es sodann zur Infektion der Pleura diaphragmatica, und zwar durch Einwanderung von Eitererregern von der Leberoberfläche durch das Zwerchfell hindurch[3]) auf das Brustfell: es bildete sich eine rechtsseitige Pleuritis. Durch direktes Fortkriechen der Entzündung von der rechten auf die linke Pleura entstand sodann bereits nach wenigen Tagen eine linksseitige Pleuritis

---

[1]) Eine solche soll nach Naunyn stets die Folge der Anwesenheit des bacterium coli commune in der in der Gallenblase stagnierenden Galle sein.

[2]) Naunyn sagt: „Die infektiöse Erkrankung der Gallenblase führt sehr gewöhnlich zum Empyem derselben.“ Klinik der Cholethiasis.

[3]) Dass eine Einwanderung von Eitererregern aus der Bauchhöhle in die Brusthöhle auch durch das intakte Zwerchfell hindurch möglich ist, steht ausser Frage. Vgl. dazu Hoppe-Seiler, Leberabscess.

und im Anschluss an diese stellte sich dann sehr bald die terminale Perikarditis ein.

Dies wäre also der Verlauf unseres Falles von Leberabscess von seiner Entstehung bis zum indirekt durch ihn hervorgerufenen tödlichen Ausgang, wie er post mortem bei genauer Berücksichtigung der uns durch die Sektion gezeigten anatomischen Verhältnisse leicht nachträglich festgestellt werden kann. Wie steht es aber in unserem Falle mit der Diagnose intra vitam, mit der klinischen Diagnose? Welche für Leberabscess charakteristischen klinischen Symptome bot uns der Fall? Sehen wir einmal näher zu, indem wir nach sämtlichen Symptomen der Reihe nach suchen, die ich als die für Leberabscess charakteristischsten aufgeführt habe.[1])

Das chronisch-hektische Fieber, das Eiterfieber.

Dieses so überaus wichtige Symptom[2]) fehlte bei unserer Patientin.

Die Kranke hatte allerdings in der Zeit vom 12.—22. Oktober wiederholt Temperatursteigerungen bis zu 39,9°, jedoch waren vor und nach dieser Zeit bis auf wenige unbedeutende Steigerun-

[1]) S. Seite 5—7.

[2]) Von fast sämtlichen Autoren wird das Eiterfieber in den Vordergrund der Erscheinungen bei Leberabscess gestellt; so sagt z. B. Leube: „Starkes intermittierendes Fieber ist das wichtigste diagnostische Moment.“ Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. Artikel: Leberabscess.

gen stets normale und subnormale Temperaturen vorhanden. Es ist dies eine ganz eigentümliche Erscheinung, wenn wir die Lage der Abscesse in der Leber berücksichtigen. Denn, dass tiefgelegene, in eine dicke Kapsel eingeschlossene Leberabscesse häufig kein Eiterfieber hervorrufen, ist leicht verständlich und wird auch von verschiedenen Autoren betont; dass jedoch — wie es bei unserer Patientin der Fall war — ganz oberflächlich gelegene, von keiner Kapsel eingeschlossene Leberabscesse keine Spur von Eiterfieber erzeugen, dürfte zu den grössten Seltenheiten gehören. Man könnte vielleicht eine Erklärung darin suchen wollen, dass die Kranke infolge zu grosser Kachexie nicht mehr mit Fiebersteigerungen reagieren konnte; indes ist dieser Einwand aus dem einfachen Grunde nicht stichhaltig, weil die Patientin keineswegs in dem Masse kachektisch war. Eine befriedigende Erklärung für den fast vollständig fieberlosen Verlauf unseres Falles von Leberabscess dürfte schwer zu geben sein.

Häufig sich wiederholende Schüttelfröste.

Unsere Kranke hatte niemals einen Schüttelfrost gehabt. Es fehlte auch dieses so wichtige Symptom.[1])

Wir finden zwar in der Literatur wiederholt Fälle beschrieben, in denen das Symptom der

---

[1]) Bamberger schreibt: „Namentlich muss man auf die Schüttelfröste das grösste Gewicht legen; wo diese fehlen, bleibt die Diagnose fast stets zweifelhaft."

Schüttelfröste nicht vorhanden war, indessen handelte es sich hier, ebenso wie in den fieberlos verlaufenen Fällen, stets um tiefliegende, mit dicker Kapsel versehene Abscessherde. In unserem Falle waren diese Bedingungen nicht gegeben — und trotzdem fehlten die Schüttelfröste!

Objektive Symptome.

Die Inspektion ergab von der von Sachs hervorgehobenen pâleur ictérique der Haut keine Spur.

An den Augen suchten wir vergeblich nach jenem blassen, eigentümlich matten Glanz der Sklera, auf den ebenfalls Sachs so viel Wert legt.

Diese beiden Symptome fehlten.

Eine gleichmässige Ausdehnung des rechten Hypochondriums und der Lebergegend war in keiner Weise zu konstatieren, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil, wie wir gleich sehen werden, die Leber nur unbedeutend vergrössert war.

Ein geringes Oedem der unteren Extremitäten, ein Symptom, auf das besonders Pel aufmerksam gemacht hat, war vorhanden.

Von Seiten der Respirationsorgane suchten wir vergeblich nach den drei von Pel und Frerichs als für Leberabscess besonders charakteristisch hervorgehobenen Symptomen.

Es fehlte die Dislokation der Lungenlebergrenze nach oben.

Es fehlte die nach oben convexe Begrenzungslinie der Lungenlebergrenze.

Es fehlte die aufgehobene bezw. beschränkte Beweglichkeit der Lungenlebergrenze.

Vorhanden war dagegen ein Symptom, auf das u. a. Brandt[1]) mit besonderem Nachdruck hinweist: Die Pleuritis der rechten Seite.

Von Seiten der Cirkulationsorgane fanden sich folgende Symptome vor:

Kleiner, frequenter Puls; anämische Geräusche am Herzen; geringe Dilatation desselben.

Von Seiten der Digestionsorgane müssen wir in erster Beziehung auf die etwaige Vergrösserung der Leber[2]) unser Augenmerk richten; eine solche war in unserem Falle vorhanden, aber recht unbedeutend. In der Krankengeschichte finden wir nur die Bemerkung: „Leber sehr hart, etwas vergrössert.“ Es ist dies eine recht merkwürdige Erscheinung, wenn man bedenkt, dass die Leber Abscesse beherbergt hat, die zum Teil die Grösse einer Kinderfaust übertrafen. Es war in unserem Falle eine starke sekundäre Atrophie des Leberparenchyms eingetreten, eine Erscheinung, die

[1]) Brandt, Zur Pathologie und Therapie der Leberabscesse. „Das Symptom der rechtsseitigen sekundären Pleuritis habe ich in keinem einzigen Falle von Leberabscess vermisst.“

[2]) Pel sagt: „Die Vergrösserung des erkrankten Organs ist das nie fehlende Zeichen eines Leberabscesses, der überhaupt bei Lebzeiten zu erkennen ist.“

bei Abscessen in der Leber, wenn auch meist nicht in so hohem Masse, nicht selten vorzukommen pflegt.

Das Symptom der Fluktuation in der Leber, das selbstverständlich für die Diagnose von fast entscheidender Bedeutung ist, war in unserem Falle nicht vorhanden.

Subjektive Symptome.

Nach Pel u. a. sollen die Leberabscesskranken das Bild ausgesprochener Kachexie bieten. In unserem Falle war eine bedeutende Kachexie keineswegs vorhanden. Ja, wenn man die schwere doppelseitige Erkrankung der Pleura bei der schon bejahrten Patientin in Betracht zieht, muss man sagen, dass die Kachexie verhältnismässig recht unbedeutend war.

Psychische Depression, ein Symptom, auf das ebenfalls Pel besonders aufmerksam gemacht hat, zeigte unsere Kranke nicht.

Das Symptom der Schlaflosigkeit war bei unserer Kranken, wenn auch nicht sehr ausgesprochen, vorhanden.

An Appetitlosigkeit hat die Patientin während der fraglichen Zeit nicht gelitten; ihr Appetit war im Gegenteil ein recht guter.

Erbrechen fehlte — wenigstens während des zweiten Aufenthaltes der Kranken im Krankenhause — vollkommen.

Dyspnoe, die den Leberabscesskranken so häufig zu quälen pflegt und die teils von der

Heraufdrängung des Zwerchfelles durch die vergrösserte Leber, teils aber auch von dem beim Drucke des Zwerchfelles auf die Leber verursachten Schmerz herrührt, war in unserem Falle nicht vorhanden. Es fehlten eben die beiden Momente, die der Dyspnoe bei Leberabscess zu Grunde liegen: Die beträchtliche Vergrösserung und die Schmerzhaftigkeit des erkrankten Organs.

Husten, ein Symptom, das bei Leberabscess fast nie zu fehlen pflegt, war bei unserer Patientin vorhanden und beherrschte sogar das ganze Krankheitsbild. Der Husten unserer Kranken, die „Tussis hepatica" der Alten, rührte einesteils von der sekundären Pleuritis, anderenteils von dem den Leberabscess begleitenden sekundären Bronchialkatarrh her.[1])

Schmerzhaftigkeit der Leber spontan und auf Druck[2]) fehlte bei unserer Kranken vollkommen. Wir haben hier wiederum eine ganz eigentümliche Erscheinung vor uns. Dass chronisch verlaufende, tiefliegende Abscesse keine Schmerzhaftigkeit des Organs spontan und auf Druck hervorzurufen brauchen, finden wir von den meisten Autoren bestätigt. Und dies ist bei der Unempfindlichkeit des Leberparenchyms als solches eine leicht begreifliche Tat-

[1]) Nach Ewald handelt es sich in den meisten Fällen von sogen. Tussis hepatica um einen die Lebererkrankung begleitenden sekundären Bronchialkatarrh. Ewald, Leberabscess. Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, Bd. XIII.

[2]) Naunyn: „Ist die Leber spontan und auf Druck durchaus schmerzlos, so spricht das gegen Leberabscess." Klinik der Cholethiasis.

sache. Dass jedoch oberflächlich gelegene Eiterherde, bei denen, wie es bei uns der Fall war, auch die Leberkapsel — also das Peritoneum — in Mitleidenschaft gezogen war, weder spontane Schmerzhaftigkeit, noch auch die geringste Druckempfindlichkeit der Leber zur Folge haben sollten, davon habe ich in der Literatur keinen einzigen Fall berichtet gefunden.

Rechtsseitiger Schulterschmerz, ein Symptom, das bei Leberabscess zwar keineswegs konstant vorhanden — nach Thierfelder fehlt es in etwa 50% der Fälle — aber doch immerhin von nicht unwesentlicher diagnostischer Bedeutung ist, fehlte.

Hiermit wären die wesentlichsten klinischen Symptome des Leberabscesses erschöpft, und wir kommen nun auf die aus den klinischen Symptomen heraus sich ergebende klinische Diagnose desselben.

Der Uebersicht halber wiederhole ich kurz:

Von den für Leberabscess charakteristischen klinischen Symptomen waren vorhanden:

Schlaflosigkeit.

Leichtes Oedem der unteren Extremitäten.

Rechtsseitige sekundäre Pleuritis.

Husten.

Kleiner, unregelmässiger, frequenter Puls.

Leichte Dilatation des Herzens.
Anämische Geräusche an demselben.
Geringe Vergrösserung der Leber.

Es fehlten:

Pâleur ictérique.
Matter Glanz der Sklera.
Ausgesprochene Kachexie.
Psychische Depression.
Appetitlosigkeit.
Erbrechen.
Dyspnoe.
Gleichmässige Ausdehnung des rechten Hypochondriums und der Lebergegend.
Die typischen Veränderungen an der Lungenlebergrenze.
Fluktuation in der Leber.
Schmerzhaftigkeit der Leber spontan und auf Druck.
Rechtsseitiger Schulterschmerz.
Eiterfieber.
Schüttelfröste.

Es liegt auf der Hand, dass beim Fehlen aller dieser, zum Teil so ungemein wichtiger Symptome, das Vorhandensein der wenigen, selbst wenn sie an und für sich noch so deutlich für Leberabscess gesprochen hätten, niemals auch nur mit einiger Sicherheit die Diagnose hätten klarlegen können.

Indessen — und hierauf müssen wir noch kurz eingehen — sprachen die vorhande-

nen Symptome in unserem Falle wirklich für Leberabscess?

Unsere Kranke hatte an Schlaflosigkeit gelitten. Dass dieses Symptom keinerlei charakteristische Bedeutung beanspruchen kann, bedarf keiner weiteren Erklärung. Im übrigen wäre es schwer zu begreifen, wenn eine Patientin, die von hartnäckigem Husten und von andauernden stechenden Schmerzen in der Brust gequält wird, in ihrer Nachtruhe nicht gestört werden sollte.

Patientin wies ein leichtes Oedem der unteren Extremitäten auf. Dasselbe war erst terminal aufgetreten. Es liegt auf der Hand, dass auch dies Oedem in unserem Fall von keinerlei charakteristischen klinischen Bedeutung sein konnte. Es wurde — und zweifellos mit Recht — auf eine leichte terminale Insufficienz des durch die schwere Pericarditis in seiner Leistungsfähigkeit behinderten Herzens bezogen.

Von Seiten der Respirationsorgane bot die Kranke das wichtige Symptom der rechtsseitigen Pleuritis.

Dass die Pleuritis in unserem Falle nicht etwa als „primäre", oder auch als eine durch Erkrankung der Lunge hervorgerufene sekundäre Pleuritis anzusehen war, lag auf der Hand. Sie wurde von der bestehenden Cholelithiasis und Cholecystitis abhängig gemacht. Es wurde angenommen, dass von der bei Empyem der Gallenblase ja stets vorhandenen circumscripten Peritonitis aus die Infektion der

Pleura stattgefunden hatte. Dass es sich in unserem Falle um eine auf die oben beschriebene Weise durch einen Leberabscess hervorgerufene sekundäre Pleuritis handelte, konnte bei dem Fehlen sämtlicher auf diese Krankheit deutender Symptome selbstverständlich nicht erkannt werden.

Dass dem Husten der Kranken bei bestehender Pleuritis und heftigem Bronchialkatarrh keine weitere charakteristische Bedeutung beigemessen werden konnte, liegt auf der Hand.

Von Seiten der Cirkulationsorgane zeigte Patientin einen kleinen, frequenten, unregelmässigen Puls, ferner accidentelle Geräusche am Herzen, sowie eine geringe Dilatation desselben.

Arhytmie, Frequenz und Kleinheit des Pulses kommen bei Pleuritis recht häufig vor und konnten in unserem Falle ohne weiteres auf diese bezogen werden; accidentelle Geräusche am Herzen sind bekanntlich bei älteren Leuten keine Seltenheit und haben keine sehr wesentliche klinische Bedeutung; die leichte Dilatation des Herzens musste in unserem Falle auf die nicht mehr ganz vollkommene Sufficienz des Organs bezogen werden.

Die geringe Vergrösserung der Leber konnte ebenfalls in der nicht mehr ganz ausreichenden Energie der Herztätigkeit leicht ihre Erklärung finden; man musste an eine Stauungsleber denken.

So sehen wir, dass die wenigen in unserem Falle vorhandenen, als für Leberabscess charakteristisch beschriebenen Symptome auch ohne die Annahme eines solchen leicht ihre Erklärung finden konnten. Pel und Leube haben nun betont, dass die Diagnose des Leberabscesses sich abgesehen von den subjektiven und objektiven Symptomen der Krankheit auch auf die Aetiologie derselben stützen solle.[1]) Unter den ätiologischen Momenten, die einen Leberabscess zur Folge haben können, finden wir auch die Gallensteinkrankheit angegeben. Indessen liegt es auf der Hand, dass in unserem Falle, wo sonst nichts den Kliniker zur Annahme des Bestehens eines Leberabscesses berechtigte, das Vorausgehen einer Cholelithiasis für die Diagnose belanglos war.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass, wenn auch nur der Verdacht bestanden hätte, dass es sich in unserem Falle um einen Leberabscess handelte, eine Blutzählung bei der Kranken vorgenommen worden wäre, und die zweifellos vorhanden gewesene Hyperleukocytose[2]) hätte, bei gleichzeitiger Anwesenheit anderer für Leber-

[1]) Leube sagt hierzu: „Als eine nie zu vernachlässigende Regel möchte ich hervorheben, einen Leberabscess sicher immer nur dann zu diagnostizieren, wenn eine Quelle für die Eiterung nachgewiesen oder doch wenigstens mit grosser Wahrscheinlichkeit vermutet werden kann.“ Leube, Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten.

[2]) Den ausserordentlichen Wert der Hyperleukocytose für die Diagnose des Leherabscesses hat Boinet in seiner Abhandlung: „De l'hyperleucocytose polynucleaire comme l'element de diagnostic de l'abscès du foie“ betont.

abscess sprechender Symptome, wesentlich dazu beigetragen, die Diagnose sicher zu stellen. Da aber bei unserer Kranken ein solcher Verdacht nicht vorlag und nicht vorliegen konnte, so war auch kein Grund vorhanden, nach einer etwa bestehenden Hyperleukocytose zu fahnden.

Die klinische Diagnose unseres Falles war absolut unmöglich.

Er beweist uns also, dass — abgesehen von den in der Literatur beschriebenen Fällen tiefgelegener Leberabscesse — zuweilen auch solche, die durch ihre teils oberflächliche Lage bereits ausgedehnte sekundäre Erscheinungen hervorgerufen haben, durch das Fehlen fast sämtlicher subjektiver wie objektiver Symptome sich der klinischen Diagnose vollständig entziehen können.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Professor Dr. J. Ritter von Bauer für die gütige Ueberlassung des Falles zur Veröffentlichung, sowie für die liebenswürdige Uebernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Naunyn, Klinik der Cholelithiasis. 1892.
2. Hoppe-Seiler, Leberabscess. 1899. Nothnagels Handbuch der spez. Pathologie u. Therapie.
3. Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten. 1861.
4. Budd, Krankheiten der Leber. 1846.
5. Sachs, Ueber die Hepatitis der heissen Länder, die danach sich entwickelnden Leberabscesse und deren operative Behandlung. Archiv für klin. Chirurgie. XIX. Bd. 1875.
6. Thierfelder, Suppurative Leberentzündung (Leberabscess). Ziemssens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie. Bd. XVIII.
7. Pel, Ueber die Diagnose der Leberabscesse. Berliner klin. Wochenschrift. 1890.
8. v. Leyden, Ein Fall von multiplen Leberabscessen infolge von Gallensteinen. Charité-Annalen. 1886.
9. Ewald, Leberabscess. Eulenburgs Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. Bd. XIII.
10. Brandt, Zur Pathologie und Therapie der Leberabscesse. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. II. Jahrg. 1890.
11. A. Fränkel, Deutsche medizin. Wochenschrift. Nr. 48. 26. XI. 1891.
12. Bamberger, Hepatitis. Virchows Handbuch der spez. Pathologie und Therapie. 1855. Bd. VI.
13. Leube, Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig 1902.
14. Dudly, Ueber Leberabscess. Dissertation. Zürich 1891.

15. Friedmann, Ueber Leberabscess. Dissertation. Freiburg i. Br. 1896.
16. Hengesbach, Ueber Leberabscess. Dissertation. Berlin 1894.
17. Rajgrodski, Zur Casuistik des Leberabscesses. Dissertation. Jena 1879.
18. Roth, Zwei Fälle von Leberabscess. Dissertation. Leipzig 1900.
19. Schmidt, Ueber Leberabscess. Dissertation. Bonn 1890.
20. Rouis, Recherches sur les suppurations endémiques du foie. Paris 1860.
21. Boinet, De l'hyperleukocytose polynucléaire comme l'element de diagnostic de l'abscès du foie. Gazette des hôpitaux. 1900.

Curriculum vitae.

Ich bin am 14. Januar 1880 als Sohn des Fabrikbesitzers Gustav Levinstein und seiner Gemahlin Hermine, geb. Popper, zu Wien geboren. Nachdem ich meinen ersten Unterricht zu Hause empfangen hatte, besuchte ich das Realgymnasium zu Wiesbaden 2 Jahre hindurch; als meine Familie endgültig nach Berlin übersiedelte, besuchte ich daselbst zuerst das Friedrichwerder'sche Gymnasium und sodann das K. Wilhelms-Gymnasium, welches letztere ich am 18. Februar 1899 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Ich widmete mich dem Studium der Medizin, besuchte im Sommersemester 1899 die Universität Heidelberg, sodann bis zu meiner am 16. Februar 1901 abgelegten ärztlichen Vorprüfung die Universität Berlin. Im Sommersemester 1901 studierte ich in Freiburg i. Br., das Wintersemester 1901/02, Sommersemester 1902 studierte ich wiederum in Berlin; seit Oktober 1902 bin ich in München. Im Wintersemester 1903/04 unterzog ich mich der ärztlichen Prüfung und erhielt am 3. Juni 1904 meine Approbation als Arzt.

Der mündlichen Doktorprüfung habe ich mich am 11. Mai ds. Js. unterzogen.